

| | | |
|--------------|-----------------|------------------------------|
| 1. Contract: | Număr Contract: | Data începutului asigurării: |
|--------------|-----------------|------------------------------|

| | | |
|-------------|----------------------------------|----------|
| 2. Asigurat | Nume, prenume: | |
| | CNP: | Telefon: |
| | Adresa de corespondență, E-mail: | |

| | | |
|---|----------------------------------|----------|
| 3. Persoana de contact (dacă este diferită de Asigurat) | Nume, prenume: | |
| | Relația cu Asiguratul: | Telefon: |
| | Adresa de corespondență, E-mail: | |

| | | | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|----------------------------------|--|
| 4. Evenimentul asigurat a fost cauzat de: | <input type="checkbox"/> Boală | <input type="checkbox"/> Accident | <input type="checkbox"/> Sarcină | <input type="checkbox"/> Naștere | |
| | 4.1. În cazul în care evenimentul asigurat a fost cauzat de un accident, vă rugăm să completați următoarele: | | Data producerii accidentului:/...../.....(zi/lună/an) | | |
| | Țara/Locul producerii accidentului: | | | | |
| | Tipul accidentului: | | <input type="checkbox"/> în timpul muncii, <input type="checkbox"/> rutier, <input type="checkbox"/> casnic, <input type="checkbox"/> în timpul practicării unui sport/hobby, <input type="checkbox"/> alt accident | | |
| | Cand a fost solicitat primul ajutor medical: | | Data: | Ora: | |
| | Numele medicului care a acordat primul ajutor și adresa unității sanitare sau a cabinetului medical | | | | |
| | Vă rugăm descrieți circumstanțele producerii accidentului: | | | | |
| | Accidentul a fost luat în evidența Poliției: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu | | Nr. Proces verbal | | |
| | Adresa secției de Poliție: | | | | |
| | Ați consumat băuturi alcoolice anterior producerii accidentului/evenimentului: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu. | | | | |
| | S-a recoltat probă pentru stabilirea alcoolemiei: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu | | Rezultatul‰ | | |
| | 4.2. Indiferent de tipul evenimentului asigurat, vă rugăm să precizați: | Data apariției primelor simptome: | |/...../.....(zi/lună/an) | |
| | | Simptomele apărute: | | | |
| Evoluția acestora: | | | | | |
| Data diagnosticării | |/...../.....(zi/lună/an) | | | |
| Diagnosticul | | | | | |
| Tipul tratamentului recomandat: | | | | | |

| | | | |
|-------------------------|---|--|---|
| 5. Evenimentul asigurat | <input type="checkbox"/> Spitalizare continuă | <input type="checkbox"/> Spitalizare continuă cu însoțitor | <input type="checkbox"/> Spitalizare de zi |
| | <input type="checkbox"/> Transport necesar | <input type="checkbox"/> Tratament in Ambulator | <input type="checkbox"/> Tratament stomatologic |
| | <input type="checkbox"/> Naștere la domiciliu | <input type="checkbox"/> Recuperare medicală | <input type="checkbox"/> Cură |
| | <input type="checkbox"/> Căutare și salvare | <input type="checkbox"/> Repatriere | <input type="checkbox"/> Fractură |
| | <input type="checkbox"/> Intervenție chirurgicală | <input type="checkbox"/> Costuri medicale | |

| | | |
|--|--------------------------------|--------------|
| 6. Unitatea sanitară furnizoare a serviciului medical: | Denumirea completă: | |
| | Adresa: | |
| 7. Medicul curant care a furnizat serviciul medical: | Telefon: | Fax, E-mail: |
| | Nume complet: | |
| 8. Medicul de familie al Asiguratului: | Specialitatea: | |
| | Telefon: | Fax, E-mail: |
| 8. Medicul de familie al Asiguratului: | Nume complet: | |
| | Specialitatea: | |
| | Adresa unitații / cabinetului: | |
| | Telefon: | Fax, E-mail: |

| | | |
|----------------------------------|--|---------------------------------------|
| 9. Serviciile medicale efectuate | Data efectuării serviciului medical: |/...../.....(zi/lună/an) |
| | SAU | de la/...../.....(zi/lună/an) |
| | Perioada de timp cât a durat tratamentul | pană la/...../.....(zi/lună/an) |
| | Tipul serviciului | Suma achitata (Moneda) |
| | | |
| | | |

11. Detalii despre alte solicitări de despăgubire pentru același eveniment asigurat, către alți Asiguratori:

Solicit plata despăgubirii convenite în suma de prin următoarea modalitate:

- mandat poștal (nume beneficiar plată, adresa din actul de identitate):.....
- in cont bancar (menționat mai jos):

| | |
|---------------------|--|
| Titularul contului* | |
| Banca | |
| Cont IBAN | |

*In cazul platii in contul unei terte persoane, persoana Asigurata va atasa o copie a actului de identitate (BI/CI) al tertei persoane si va preciza sub semnatura motivul pentru care doreste plata in contul tertului mentionat:

Prin plata despăgubirii menționate mai sus mă consider parțial / integral despăgubit de către UNIQA Asigurări SA.

| | |
|-------------------|--------------------------|
| Data completării: | Semnătura solicitantului |
|-------------------|--------------------------|

Documentele necesare pentru constituirea dosarului de despăgubire

| Indiferent de tipul evenimentului vă rugăm să anexați următoarele documente | |
|---|---|
| Documente comune | <input type="checkbox"/> copia actului de identitate al Asiguratului (copia certificatului de naștere al Asiguratului minor și copia actului de identitate al reprezentantului legal al acestuia); <input type="checkbox"/> copia poliței / certificatului de asigurare; <input type="checkbox"/> dovada efectuării plății primelor/ratelor de primă în cuantumul și la scadențele indicate în poliță; <input type="checkbox"/> copia documentelor medicale referitoare la evenimentul asigurat (bilet de trimitere de la medic, bilet de externare, scrisoare medicală, raport medical, buletine de analize, buletine de investigații, rețete pentru medicamente, prescripții auxiliare medicale etc.); <input type="checkbox"/> radiografiile efectuate (dacă este cazul); <input type="checkbox"/> copiile tuturor documentelor medicale cu referire la diagnosticul afecțiunii / vătămării / condiției medicale pentru care s-a solicitat despăgubirea, care includ istoricul complet al acesteia (data debutului și simptomatologia inițială, investigarea, diagnosticarea certă, tratamentul urmat, controalele ulterioare, eventuale internări etc.) de la medicul de familie și de la medicii / unitățile medicale care au urmărit Asiguratul (copii certificate de emitent) <input type="checkbox"/> originalele facturilor, chitanțelor, bonurilor fiscale corespunzătoare cheltuielilor medicale / serviciilor furnizate (numai în cazul solicitării de rambursare a costurilor). <input type="checkbox"/> traducerea documentelor emise într-o limbă care nu este de circulație internațională (ex:chineză, thailandeză, turcă, etc) |
| În funcție de tipul evenimentului vă rugăm să anexați documentele suplimentare menționate mai jos: | |
| Documente specifice în caz de accident: | <input type="checkbox"/> copiile proceselor verbale / rapoartelor poliției, procuraturii, respectiv Inspectoratului teritorial de muncă sau ale oricăror instituții care au constatat sau care au investigat accidentul. În cazul accidentului rutier este necesară și valoarea alcoolemiei, în cazul în care Asiguratul a fost sofer la momentul accidentului. <input type="checkbox"/> actele medicale emise de unitățile medicale care au acordat primele îngrijiri (copii certificate de emitent). |
| Documente specifice în caz de transport medical: | <input type="checkbox"/> recomandarea scrisă și parafată a medicului pentru transport necesar din punct de vedere medical; <input type="checkbox"/> documentul medical care conține diagnosticul medical complet al afecțiunii care justifică necesitatea transportului medical (originalul sau copia certificată de emitent). |
| Documente specifice în caz de internare a unui copil cu însoțitor: | <input type="checkbox"/> copia actului de identitate al însoțitorului; <input type="checkbox"/> copia documentului legal care dovedește relația însoțitorului cu minorul internat; <input type="checkbox"/> dovada perioadei neîntrerupte de ședere în spital a însoțitorului, emisă de unitatea medicală |
| Documente specifice în caz de tratament stomatologic: | <input type="checkbox"/> raportul stomatologului incluzând schema FDI, starea dentiției, diagnosticul, tratamentele efectuate (în original) și radiografiile efectuate; |
| Documente specifice în caz de dializă: | <input type="checkbox"/> documentația medicală completă referitoare la afecțiunea Asiguratului și includerea acestuia în procedura de dializă recomandată de specialist; <input type="checkbox"/> dovada efectuării sesiunilor de tratament, emisă de unitatea medicală respectivă. |
| Documente specifice în caz de cautare și salvare: | <input type="checkbox"/> documentația care atestă starea de necesitate și detaliază acțiunea echipei de cautare și salvare, inclusiv justificarea folosirii elicopterului (în original); <input type="checkbox"/> certificatul de deces emis de autoritatea corespunzătoare, dacă este cazul (în copie legalizată) |
| Documente specifice în caz de repatriere: | <input type="checkbox"/> recomandarea scrisă și parafată a medicului care a considerat transportul / repatrierea ca necesar din punct de vedere medical (cu detalieri suplimentare în cazul utilizării unui elicopter) <input type="checkbox"/> documentul medical care conține diagnosticul medical complet al afecțiunii care justifică necesitatea transportului medical / repatrierea (originalul sau copia certificată de emitent); <input type="checkbox"/> certificat constatator al decesului emis de autoritatea corespunzătoare; <input type="checkbox"/> certificatul de deces emis de autoritatea corespunzătoare, dacă este cazul (în copie legalizată) |
| Documente suplimentare în caz de naștere: | <input type="checkbox"/> copia certificatului de naștere al copilului, eliberat de unitatea medicală unde a avut loc nașterea (copie legalizată) precum și copia certificatului de naștere eliberat de Serviciul de Evidența Populației / instituția echivalentă (copie legalizată); <input type="checkbox"/> în cazul nașterii la domiciliu: documentele originale eliberate de medicii / cadrele medicale care au asistat nașterea, respectiv actele originale emise de unitatea sanitară care a controlat ulterior lehuza și nou-născutul. |
| În funcție de informațiile cuprinse în aceste documente Asiguratorul își rezervă dreptul de a solicita și alte documente pe care le consideră necesare pentru evaluarea și calculul corect al cuantumului despăgubirii. | |